ITEM 108 : TROUBLES DU SOMMEIL CHEZ L'ENFANT

Troubles du sommeil chez l'enfant : phénomène perturbant le cycle du sommeil, motif fréquent de consultation
- **Dysomnie** = perturbation de la quantité, qualité ou horaire du sommeil: insomnie, trouble du rythme circadien, hypersomnie
- **Parasomnie** : phénomènes anormaux survenant lors du sommeil : cauchemars, terreurs nocturnes, somnambulisme

➜ Evoquer un trouble du sommeil : - Difficultés à l'endormissement ou au maintien du sommeil, pleurs nocturnes
- Réveil difficile, réapparition ou persistance de siestes **> 6 ans**
- Endormissement en classe, agitation ou irritabilité, troubles de l'humeur

Normal	Quantité et rythme selon l'âge	- De 0 à 2 mois : **10 à 19h/jour** - De 2 à 12 mois : 9-10h de nuit + 3-4h de sieste/j - De 1 à 3 ans : 9,5-10,5h de nuit + 2-3h de sieste/j	- De 3 à 5 ans : 9 à 10h/jour, ↘ progressive des siestes - De 6 à 12 ans : **9 à 10h/jour**, sans sieste - De 13 à 18 ans : 8-9h/jour
	Structure	- Nouveau-né : **sommeil agité** (mimique, bouge les extrémités…) et **sommeil calme** - Apparition des **sommeils lent 1 et 2 dans les 3 premiers mois**, et du **sommeil paradoxal > 3 mois**	
Démarche diagnostique	C	- Antécédents médicaux : terme de naissance, alimentation, croissance staturo-pondérale, développement psychomoteur, comportement habituel, mise en collectivité, scolarité (résultats) - Analyse du trouble du sommeil : - Modalités d'endormissement, réveil, siestes - Symptômes éventuels : ronflement… - **Calendrier du sommeil, actimètre à domicile** - Examen clinique complet, notamment **ORL** et **neurologique**, avec évaluation d'un éventuel trouble psychiatrique	
	PC	**Polysomnographie** : examen de référence pour le diagnostic de SAOS, possible > 1 an, en dehors d'une sieste - Indication : - Trouble respiratoire du sommeil - Insomnie chronique sévère (fort retentissement diurne) ou après échec de prise en charge - Hypersomnie centrale : narcolepsie, hypersomnie idiopathique ou récurrente - Parasomnie atypique ou se traduisant par un comportement dangereux	
Dysomnie	**Insomnie**	= **Trouble de l'installation** et du **maintien du sommeil nocturne** : plainte des parents - **Difficulté d'endormissement** (endormissement **> 30 minutes**), **éveils nocturnes** et/ou **réveil précoce**	
		Nourrisson et jeune enfant	- **Mauvaise adaptation éducative** (**70%**) : conditionnement anormal, prise alimentaire nocturne, insuffisance de limites, siestes trop longues ou trop tardive… ➜ PEC : éducation des parents, rituel du coucher, extinction progressive ou totale - Comportement non pathologique : **peur du noir, désir de dormir avec les parents** - Cause médicale bénigne : **colique, erreurs alimentaires, allergie, RGO, otite…** - Cause médicale à diagnostiquer : **rhinite, asthme, diabète, SAOS** - Cause médicale grave **: affection neurologique** ou **psychiatrique, cécité, épilepsie** ➜ Origine génétique : **syndrome de Rett, Prader-Willi, Angelman, Smith-Magenis** - **Iatrogène** : **psychostimulant** (TDAH), **corticoïdes** - Trouble neuro-développemental : **autisme, TDAH** - **Insomnie idiopathique durable**
		Grand enfant et adolescent	- **Syndrome de retard de phase** : coucher et lever trop tardifs, conditionné par des facteurs environnementaux et sociaux (activité scolaire et parascolaire, écrans…) - Dépister également des symptômes de **dépression**
	Hyper-somnie	= **Temps de sommeil > 10-12h**, **persistance/réapparition de sieste > 6 ans**, **accès de sommeil diurne** - **Hypersomnie idiopathique** : survenue > 10 ans, somnolence diurne excessive, sans attaque de sommeil ni accès de cataplexie, sans hallucinations hypnagogiques ni paralysie du sommeil - **Narcolepsie** : enfant plus âgé, attaque de sommeil diurne avec ou sans accès de cataplexie - **Prise de toxiques**	
Parasomie	**Cauchemars**	- Chez l'enfant de **3 à 6 ans** surtout, durant le sommeil paradoxal, sans amnésie au décours	
	Terreurs nocturnes	- Apparition plus tardive, chez **l'enfant pré-pubère** - Réveil brutal quelques heures après endormissement avec cris et peur intense, tachycardie, sueurs, mydriase, difficultés respiratoires - Amnésie totale de l'épisode le lendemain	
	Somnambulisme	- Plus fréquent chez le garçon de 7 à 12 ans - Au cours de la 1ère moitié de la nuit : l'enfant se lève et déambule, avec parfois une activité plus complexe (toujours identique), puis se recouche - Amnésie totale de l'épisode le lendemain	
	Autres	**- Epilepsie focale** (frontale, temporale), **prise de toxique**…	

Trouble du sommeil d'origine respiratoire

SAOS de l'enfant

Modifications physiologiques de la respiration lors du sommeil : respiration moins efficace (↗ de 5-10 mmHg du CO_2 et ↘ de 2-3% de la SpO_2)
- Commande respiratoire : ↘ de l'activité inspiratoire, baisse de sensibilité des chémorecepteurs
- Musculaire : relâchement des muscles dilatateurs des VAS, ↘ de l'activité des muscles inspiratoires intercostaux, préservation de l'activité du diaphragme
- Pulmonaire : ↘ de la capacité résiduelle fonctionnelle, ↗ des résistances des VAS, majoration des inégalités des rapports ventilation-perfusion

Tissu lymphoïde adéno-amgydalien : infection récidivante → hypertrophie progressive des amygdales et des végétations adénoïdes, culminant entre 3 et 6 ans → obstruction des VAS
- Majorée en cas d'obésité ou d'anomalie anatomique associée (micro- ou rétrognatisme ou autre malformation maxillo-faciale réduisant le calibre aérien)

Conséquences
- Neurocognitive : **hyperactivité, irritabilité**, voire **déficit d'attention-hyperactivité**
- Cardiovasculaire : **hyper-activation sympathique** avec **↗ de la FC et TA**
- Métabolique : **dysrégulation du système glucidique et lipidique**

C

Terrain à risque
- **Obésité**
- **Anomalie orthodontique**
- **Malformation** ou **déformation maxillo-faciale** ou **des VAS** : cranio-facio-sténose, achondroplasie, hypoplasie ou microsomie faciale, syndrome de Pierre Robin, muco-polysaccharidose, trisomie 21, syndrome de Prader-Willi

Signes nocturnes
- **Ronflement, pauses respiratoires**
- **Sueurs, énurésie secondaire, sommeil agité**, **parasomnie**
- **Position anormale** pendant le sommeil (tête en hyperextension)

Signes à l'éveil
- **Difficultés de réveil**
- **Irritabilité, hyperactivité, troubles de l'attention et de la mémoire**
- **Asthénie, somnolence diurne, anorexie au petit-déjeuner**
- **Céphalées, vomissements, respiration buccale**
- **Troubles de la croissance** (tardifs)

Examen ORL
- Rechercher systématique : **- Végétations adénoïdes** (fosses nasales)
  - Hypertrophie amygdalienne (pharynx)
→ Aucune corrélation entre le volume de l'amygdale et la sévérité du SAOS

PC

Polysomno-graphie
→ Non systématique en cas de SAOS avec hypertrophie amygdalienne/adénoïde

Indication
- Pathologie associée : obésité morbide, anomalie cranio-faciale ou des VAS, maladie neuromusculaire
- Absence d'obstacle amygdalien ou adénoïdien à l'examen clinique
- Hypertrophie amygdalienne avec risque opératoire élevé : trouble de l'hémostase, anomalie cardiaque

Sévérité
- IAH < 1,5/heure : absence de SAOS
- IAH **= 1,5 à 5/heure** : **SAOS modéré**
- IAH **> 5/heure** : **SAOS sévère**

Rx
Rx du cavum : confirme une hypertrophie amygdalienne et/ou adénoïdienne
- Non systématique : but de dépistage de pathologie associée

TTT

Adéno-amygdalectomie : en 1ère intention en cas de SAOS modéré à sévère
- Chez l'enfant > 3 ans
- En hospitalisation systématiquement en cas de SAOS associé (non réalisable en ambulatoire)
- Correction totale de l'obstruction dans **70%** des cas (hors comorbidité)

Autre cause favorisante
- Obésité : **règles hygiéno-diététiques**
- Malposition ou anomalie orthodontique : **traitement orthodontique** (isolé ou associé à une adéno-amygdalectomie)
- **Chirurgie ORL** et/ou **maxillo-faciale** : cas particuliers
- **Pression positive continue** : si persistance d'un SAOS